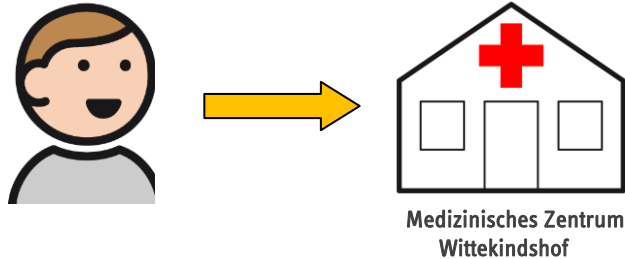


Schweigepflichtsentbindungserklärung



Für _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Hiermit stimme ich

- persönlich
 als gesetzlicher Betreuer (für o.g. Person)

Zu, dass die folgende Person/Institution/Praxis:

<i>Name, Anschrift</i>	<i>Institution/ Praxis, Anschrift</i>

der Schweigepflicht unterliegende Geheimnisse und/ oder Informationen über mich an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Medizinischen Zentrums Wittekindshof weitergibt.

Ich entbinde sie damit von ihrer Schweigepflicht gem. § 203StGB.

Die Informationsweitergabe dient der bedarfsgerechten Behandlung im Medizinischen Zentrum Wittekindshof.

Diese Erklärung kann jederzeit in beliebiger Form widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter